Aus dem Oskar-Ziethen-Krankenhaus, Berlin-Lichtenberg
Direktor: Prof. Dr. Härtel, Leiter der Chirurgischen Abteilung

Die Bedeutung des Rassefaktors für die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung chirurgischer Krankheiten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Vorgelegt von
Heinz Albert Kuntze
approb. Arzt
aus Essen

Tag der Promotion: 22. November 1935

Buchdruckerei Hanns Michel, Berlin NW 7, Marienstraße 11

439

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

*

Dekan: Prof. Dr. Magnus
Referent: Prof. Dr. Härtel
Korreferent: Prof. Dr. Magnus

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544312_0092

Inhalt.

Einleitung 5

I. Die Bedeutung von Blut und Rasse in der Chirurgie. 5

II. Reaction auf chirurgische Eingriffe. 7

a) Schmerzempfindung und seelische Einstellung. 7

b) Wundheilung. 8

III. Gewebewucherung und Bindegewebsschwäche. 9

IV. Organchirurgie. 14

V. Die Abstammung weltbekannter Chirurgen. 19

Einleitung.

Gerade heute, wo die Rassenfrage eine so entscheidende Bedeutung erlangt hat, ist es von großem Interesse, die Zusammenhänge zwischen Krankheitsursache, Krankheit und Rasse näher zu erforschen. In vorliegender Arbeit soll zu dem Thema „Chirurgie und Rasse" Stellung genommen werden.

I. Die Bedeutung von Blut und Rasse in der Chirurgie.

Von den endogenen und exogenen Voraussetzungen, die eine Rasse bedingen, interessierte die Medizin nicht so sehr die äußerlich bedingte Modifikationsform, sondern die dem Einzelnen charakteristischen Eigenschaften des Blutes und Gewebes.

Man unterscheidet im allgemeinen 4 Blutgruppen (nach Langsteiner). Verschieden ist jedoch bei den einzelnen Rassen und Völkern die Blutgruppenverteilung.

Genaue statistische Erhebungen haben bewiesen (Breitner), daß das Verhältnis der Blutgruppe A und B und dieser beiden zu AB in den einzelnen Gegenden konstant, bei den verschiedenen Rassen jedoch recht unterschiedlich ist.

Man hat das Verhältnis der Blutgruppe $\frac{A + AB}{B + AB}$ den „biochemischen Rasseindex" genannt.

Die Blutgruppe AB ist bei den Asiaten prozentual viel weniger vertreten als bei den Europäern. Die Indianer Nordamerikas, die Philippinos und die australischen Ureinwohner gehören zu 60 % der Gruppe AB an.

Bei den Europäern und Völkern europäischer Herkunft überwiegt die Gruppe A die Gruppe B.

Vom Westen bis nach Indien im Osten nimmt die Gruppe O deutlich ab, dagegen nimmt die Gruppe B stark zu.

In Italien beträgt die Gruppe B 14, in Deutschland 17, bei den Chinesen 44, bei den Indern 49 vom Hundert.

Ottenburg und Synder teilen nach diesem Gesichtspunkt die Völker in folgende Rassen ein:

1) Europäische
2) Intermediäre
3) Indomandschurische
4) Afrikanisch-Südasiatische
5) Sog. Hüantypus
6) Pacific-Amerikan Typus
7) Australnegertyp mit ähnlichen Eigenschaften wie bei Nr. 6.

Noch andere Untersuchungsmethoden z. B. der chemische p^H Wert und die serologische Präzipitin Reaction spielen antropologisch eine wichtige Rolle. Nach unseren jetzigen Erfahrungen scheint aber vom Blute für die bei uns in der Chirurgie oft lebenswichtige Bluttransfusion nur die Blutgruppenauswahl eine Rolle zu spielen. Jedenfalls sieht man nirgendwo in der Literatur Wahrnehmungen von Rassenunterschieden bei Empfängern und Spendern, wenn man sich auch auf der anderen Seite vielleicht vor der Uebertragung zwischen stärker verschiedenen Rassen scheut. Da man selbst in der einschlägigen Literatur größere Erfahrungen hierüber nicht gesammelt hat, dürfte die Frage noch weiterer Bearbeitung offenstehen.

Erich Pflomm warnt in seinen „chirurgischen Erfahrungen" aus Südchina bei den Landesbewohnern vor intravenösen Kochsalzinfusionen jeder Art. Die schlechte Verträglichkeit der Chinesen könnte man sich dadurch erklären, daß sie gegen Veränderungen des Calciumspiegels im Blute außerordentlich empfindlich sind.

In der Literatur findet sich kein Vergleichsmaterial von Operateuren, die in verschiedenen Ländern Bluttransfusionen gemacht haben. Vasomotorenschwäche und endokrine Störungen können auch hier das Bild trüben.

II. Reaction auf chirurgische Eingriffe.

a) Schmerzempfindung und seelische Einstellung.

Um einwandfreie Operationen ungestört durchführen zu können und die Schockwirkungen des Schmerzes auszuschalten, bedienen wir uns heute der Narkose oder örtlichen Anästhesie. Die Verträglichkeit der Narkotika und die Ausschaltung der Empfindung durch Anästhetika ist bei den einzelnen Rassen sehr unterschiedlich. Haensel berichtet, daß die Chinesen schon nach geringer Aetherinhalation in tiefe Narkose fallen, und daß man Excitationsstadien bei ihnen so gut wie nie beobachtete. Er führt dies darauf zurück, daß die Chinesen niemals Alkohol genossen haben. v. Haberer mußte die Feststellung machen, daß er die örtliche Betäubung, die er in Tirol und Steiermark durchzuführen gewohnt war, im Rheinland aufgeben mußte, und gezwungen war, zur Inhalationsnarkose zurückzukehren. Nach seiner Ansicht lag die Ursache nicht etwa in der auffallenden Körperfülle, die die dort ansässige Bevölkerung aufzuweisen pflegt. Die, wenn sie auch die Lokalanästhesie erschwert, dieselbe doch keineswegs unmöglich macht; denn auch in anderen Gegenden hat er gelegentlich dicke Menschen in Lokalanästhesie operiert. Er gibt an, daß die Lokalanästhesie weitgehendst durch die besondere Sensibilität der Menschen eingeschränkt werde, diese beschränke sich keineswegs auf das weibliche Geschlecht, sondern sei im gleichen, wenn nicht sogar höheren Maße, dem männlichen Anteil der Bevölkerung eigen. „Ich hätte gleich die Kranken aus meiner Klinik vertrieben, wenn ich nicht den ursprünglichen Versuch, auch hier in örtlicher Betäubung zu operieren, schleunigst aufgegeben hätte.“ (v. Haberer Vortrag in der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie 5. IX. 1929). Nach Härtel

sind die Japaner imstande, große Schmerzen ohne oder mit nur geringer Betäubung auszuhalten. Die indischen Fakire verstehen, ihre Schmerzempfindung aufs äußerste herabzusetzen.

Eine Narkose zur Betäubung ist durch die seelische Einstellung mancher Völker nicht durchzuführen. Grantham-Hill (Khartoum) fand, daß die Eingeborenen sich vor dem „Unbekannten" ängstigen. Sie fürchten, daß die Seele, die nach ihrer Ansicht während der Betäubung den Körper verlasse, nicht wieder zurückkehre. Primitive Rassen besitzen natürlicherweise eine andere Einstellung zum Arzt und seinem Handeln wie die Kulturländer. Ueber ihre Leiden im unklaren, führen oft äußere Gründe sie in die Hand des Chirurgen. Nicht eher fallen ihnen Tumoren an den Füßen auf, als bis sie Schuhe tragen wollen. Nicht eher empfinden Frauen ihre Krankheiten, als bis sie ihnen aus kosmetischen Gründen unangenehm werden.

b) Wundheilung.

Eine weitere notwendige Voraussetzung, chirurgische Eingriffe ausführen zu können, ist eine normale Wundheilungstendenz. Nach Georg Buschan ist diese bei den Negern selbst bei verschmutzten Wunden außerordentlich groß. Nach Haensel fällt jedem, der auch nur für kurze Zeit in China gearbeitet hat, die gute Heilhaut der Chinesen auf. Er beobachtete, daß große Wunden, die zwecks Blutstillung mit Lehm, Werg, Pflanzenfasern aus alten Kopfpolstern und mit in der Lehmhütte zusammengefegten Wollresten in der Eile von nie gewaschenen Händen zugedeckt waren, per primam heilten. Er führt das auf die durch Jahrtausende fortgesetzte natürliche Auswahl der tüchtigsten Individuen zurück. Nach seinen Nachforschungen beträgt die Säuglingssterblichkeit bei der unhygienischen Lebensweise der Bevölkerung auf dem Lande z. B. in Südshantung 75 %. Es ist erklärlich, daß die Ueberlebenden mit allen Formen des Lebens fertig werden. Die Wundheilung wurde durch die gute Granulationsfähigkeit der dunkelen Rassen begünstigt. Daß sie auf kleine Verletzungen

oft mit übermäßiger Granulationsbildung reagieren, soll im Kapitel über Gewebewucherung näher betrachtet werden. Pflomm, Steiner u. a. weisen darauf hin, daß Rassen wie die Chinesen und Javaner zur Keloidbildung neigen, die uns Europäern in solchen Maßen und Ausdehnungen vollkommen fremd sind. So finden wir bei den Javanern schon auf so kleine Verletzungen wie Einsetzen der Ohrringe, unförmige Narbengeschwülste (Fibrokeloide).

Bei den einzelnen Rassen werden die Krankheiten und ihre Behandlung oft durch Avitaminosen charakteristisch verändert, die infolge einseitiger Lebensweise auftreten. So ist z. B. die nur bei den Japanern bekannte Polymyositis (eine durch Streptococcen bedingte multiple Abscessbildung in den Muskeln) nach den Forschungen von Osawa durch eine bestimmte Avitaminose bedingt. Solche Erkrankungen können dann Rassedisposition vortäuschen.

III. Gewerbewucherungen.

Gute Wundheilung und Neigung zur Gewebshypertrophie wie oben erwähnt, führen bei Negern häufiger zur Bildung gutartiger Geschwülste wie bei uns. Als Ursache nimmt Külz (Kamerun) erstens traumatische Reize, zweitens Parasiten (Filariatumoren, Elephantiasis, Lepra) an. Außerdem spielen nach seiner Ansicht zum Teil bisher noch unbekannte, aber exogene Faktoren eine Rolle, die dem Europäer keinen Schaden tun. (So reagieren sie schon besonders stark auf Impfung, Tätowierung, Verbrennung, Geschwürbildung, Variola).

Vielen Forschern fiel eine häufige Symmetrie in der Neubildung von gutartigen Geschwülsten auf. So beschreibt Radloff aus Deutsch-Ostafrika „Gundu“ eine symmetrisch erscheinende knochenharte Tumorneubildung, Martin symmetrische Lipome auf dem Handrücken.

Ueber die bösartigen Geschwülste haben sich betreffs der tropischen Länder die Berichte in letzter Zeit doch mehr und mehr geändert. Während Ziemann, Külz u. a.

auf dem Standpunkt standen, daß bei den Negern Carcinome fast nie, Sarkome sehr selten vorkommen, mehren sich in der Literatur in letzter Zeit die Berichte über ihr Vorkommen. Prof. Karl Göbel (Breslau) zeigt, daß die vergleichende Völkerchirurgie uns lehrt, daß Carcinome und Sarkome unter allen Rassen aller Breitengrade vorkommen. Van den Burg hat den Satz aufgestellt „anatomische und physiologische Eigentümlichkeiten einer Rasse üben keinen größeren Einfluß aus, als wir ihn auch bei den verschiedenen Vertretern derselben Rasse wahrnehmen. Es werden auch bei primitiven Völkern, die mit der Zivilisation in Berührung gekommen sind, maligne Tumoren beobachtet; aber meist in geringerem Prozentsatz als bei Weißen".

Als Ursache für das seltenere Vorkommen maligner Tumoren bei Naturvölkern muß man zunächst die natürliche oder die vom Volke selbst vorgenommene Auslese anerkennen. Schwächliche Kinder sterben oder werden von den Eltern ausgesetzt. Kinder mit schlechten Zähnen sind anfälliger, sie sterben eher als gesunde. Weniger Menschen als bei uns erreichen in tropischen Ländern das Carcinomalter, weil viele z. B. an der Malaria sterben. Die Neger erreichen angeblich selten das 50. Lebensjahr. Ein sehr hohes Alter dagegen erreichen die Indianer, bei denen 224 Hundertjährige auf eine Million kommen, ohne erkrankt gewesen zu sein. Bei den Europäern haben wir nur noch 3 lebende Hundertjährige auf eine Million.

Es ist auch schon der Gedanke aufgeworfen worden ob ein Antagonismus zwischen einigen Tropenkrankheiten und Carcinomen besteht. So sollen nach Ansicht einzelner Autoren Krankheiten mit hohem Fieber Carcinome verhindern (Sepsis, schwarze Pocken, Erysipel). In der modernen Literatur wird diese Ansicht jedoch abgelehnt. Gegen Krebs immun machende Wirkung wird der natürlichen Lebensweise zugeschrieben. Auch wird der langen Stillzeit der Frauen diesbezüglich große Bedeutung beigelegt, ebenso den häufigen Schwangerschaften. In beiden Fällen soll die Steigerung der Leistung auf dem Gebiete der endokrinen Drüsen ausschlaggebend sein. Die Regulierung der Darmtätigkeit bei

regelmäßiger und natürlicher Lebensweise darf ebenfalls nicht unterschätzt werden. Dagegen überschätzt wohl Rigolett im Fehlen chronisch professioneller Traumen und von Bucco-alimentären Irritationen (Speisen und Alkohol) den Vorteil der natürlichen Lebensweise. Von einer Rasseimmunität gegen Geschwülste kann keine Rede sein, da sie bisher bei Menschen nicht nachgewiesen wurde, wohl aber im Tierexperiment. Nach Paulsen kann man carcinomimmune und carcinomempfängliche Tierrassen züchten (Hereditäre Disposition).

Die Seltenheit der malignen Tumoren ist nicht reell sondern nur scheinbar. Ursache: Geringe Kenntnis und Durchforschung der Rasse besonders infolge Aerztemangels. Den Beweis dafür bietet das Hervortreten zahlreicher Tumoren bei längerer Durchforschung eines Gebietes, nach dem man Scheu und Furcht der Eingeborenen, besonders der Frauen, überwunden hat. Nach Rigoletts Statistik zeigen die einheimischen französischen Kolonialtruppen wesentlich mehr Carcinomfälle als die weißen Kolonial- und noch mehr als die Truppen im Mutterlande. Schwierigkeiten bei der Erkrankung bieten vor allen Dingen die inneren Carcinome der tropischen Länder. Die in den letzten Jahren zunehmende Vermehrung des statistisch erfaßten Krebsleidens in europäischen Ländern ist auf die Erfassung der inneren Krebsleiden zurückzuführen.

Natürlich wird bei gleichzeitig vorhandener Tropenkrankheit und Carcinom die Tropenkrankheit als Todesursache angesehen; und nicht das Carcinomleiden mit seinem schleichenden Verlauf.

Vornehmlich in den Tropen und bei allen Naturvölkern sind die exogenen Faktoren der Carcinomentstehung um so größer vorhanden; je tiefer ein Volk steht. Die Unreinlichkeit und mangelnde Pflege der Haut spielen hier eine große Rolle; außerdem Ekzeme, die oft durch Parasiten hervorgerufen werden, und die nicht selten chronische Geschwüre unterhalten. So finden wir nur in jenen Ländern vorkommende Reizcarcinome: Primäre Leber- und Gallengangscarcinome werden durch Parasiten in Ueberseeländern hervorgerufen.

Als Erreger kommen das Distonum lanceolatum oder Clonorchis sinensis in Frage. Berichte darüber finden sich bei von Nauk und Packing Liang in China, aus Japan und von Behrmann aus Java.

Reizcarcinome treten als sogenannter Kangrikrebs und und Bethelkrebs in Kaschmir und Indien auf. Für die Oesophagus-Carcinome in China will man die heißen Getränke und Speisen, vor allen Dingen nach Barry, den Genuß von heißem Reis verantwortlich machen.

Fälle von gehäuften Peniscarcinomen werden aus China, Japan, Ceylon und Java berichtet. Die Chikagoer Operateure fanden sie oft bei den dortigen Chinesen.

Anzunehmen ist auch, daß auch noch andere Tropenkrankheiten, wie die Frambösie, das Ulcus tropikum usw. zu Carcinomen führen würden, wenn die Betroffenen nicht schon vorher an ihrem Leiden zugrunde gegangen wären.

Jedenfalls besteht nach den nordamerikanischen Berichten bei den dort lebenden Vertretern der dunklen Rasse keine Immunität gegen Carcinom. Nach Pellur sollen in Nordamerika unter den Negern zum Teil mehr Carcinomfälle vorkommen als unter den Weißen. Man hat diese Tatsache damit begründen wollen, daß die Naturvölker durch den Kontakt mit der Zivilisation ihre angestammte Immunität gegen maligne Tumoren verlieren. Hierfür sollen verantwortlich sein, Milieuwechsel, Kleidung, Wohnung usw. Wenn Renner in Sierra die Beobachtung gemacht zu haben glaubt, daß in den letzten 40 Jahren die bösartigen Geschwülste unter den dortigen europäisierten Negern häufiger geworden sind als bei den Negern der Urbevölkerung, so dürfte das wohl nur daran liegen, daß diese Fälle besser erkannt wurden. Rassemischung, wie sie besonders auf der Insel Barthelemy und den Karolinen stattgefunden hat, wird die Steigerung der Carcinomdisposition zur Last gelegt.

Man hat auch gefragt: „Hat das Klima auf das Vorkommen von Carcinom einen Einfluß?“ Wirken Hitze, Strahlung und Feuchtigkeit auf die Haut ein? Rigolett steht auf dem Standpunkt, das Carcinom kommt wohl oft bei den

Kolonialvölkern vor, aber die Leute gehen nicht ins Hospital. Nach seiner Ansicht ist ein wesentlicher Einfluß des Klimas abzulehnen, im Gegensatz zu anderen Autoren, die behaupten, daß die Zahl der an Carcinom-Erkrankten von Süden und Norden her gegen den Aequator hin abnehme.

Ueber die Krebsverteilung in unserem Lande glaubt Kurt Klare, daß Carcinome häufiger bei der dinarischen, weniger oft bei der westischen Rasse anzutreffen sind. Den Grund dafür sucht er in dem Lymphatiker Status der westischen Rasse, dem er eine große Bedeutung auch bezüglich der Tuberkulose beimißt.

Wenn es also auch wahrscheinlich keine absolute Rasseimmunität gegenüber dem Carcinom gibt, so ist doch zweifellos die Lokalisation bei den einzelnen Rassen recht verschieden. Die Juden werden im Gegensatz zu den Ariern weniger von dem weibl. Genitalkrebs und dem Lippenkrebs befallen; dagegen nach Merkow u. a. findet man bei ihnen häufiger den Mamma-Krebs und den Krebs des Magen- und Darmkanals. Der Japaner unterscheidet sich nach Härtel nicht in Bezug auf die Lokalisation vom Europäer. Bei den Negern werden nach voraus erwähnten exogenen Gründen häufig Krebse der äußeren Bedeckung angetroffen. Es ist noch zu erwähnen, daß sich bei den beschnittenen Rassen der Peniskrebs selten findet.

Bindegewebsschwäche.

Wenn wir die großen Operationsstatistiken der nördlichen Länder durchsehen, so finden wir als ein Hauptoperationsgebiet der Chirurgie die Hernien. Im Vergleich dazu konnten uns die Abbildungen der infolge ihrer Lebensweise in ihrer Muskulatur gut durchgebildeten Aktdarstellungen der dunklen Rasse nur glauben lassen, daß die nordischen Rassen eine besondere Bruchneigung hätten. Jedoch finden wir bei Durchsicht der Berichte unserer Tropenchirurgen, daß in den überseeischen Ländern reichlich Leute mit Hernienbeschwerden zum Chirurgen gehen müssen. Stinnesberg berichtet aus der Missionsarbeit in Ostafrika, daß sich häufig an Hernien leidende Eingeborene operieren lassen, während sonst

abdominales Operationsmaterial kaum existiert. Stalde und Lauterberg berichten gleichfalls über die verschiedensten Hernienoperationen in Lambarene in Zentralafrika, wo unser deutscher Arzt Dr. A. Schweizer, der durch seine religiös-philosophischen Schriften genügend bekannt ist, großes Hernienmaterial gefunden hat. Aus Aegypten wird von Pfister über Hernien beim Mann berichtet, die recht häufig vorkommen sollen, während er oft bei den Frauen Wandernieren traf. Eine besondere Bindegewebsschwäche zeigt sich in der Krampfader- und Plattfußanlage der jüdischen Rasse, die von diesem Leiden prozentual viel höher und schwerer befallen wird (nach Klare 12mal so oft) als die nordischen Länder. Jedoch ist gerade die Bindegewebsschwäche ein Kapitel, das durch die verschiedensten schwächeren und schroffen Uebergänge sich schwer statistisch mit einander vergleichen läßt. Die ins groteske durch unmäßiges Stillgeschäft (selbst Anlegen von kleinen Haustieren Ferkeln) ausgezogenen Brüste der Negerweiber sind Kunstprodukte, die nur durch Verdrängung des Bindegewebes durch Drüsengewebe möglich sind. Sie führen, wie auch die mit einer starken Lordose einhergehenden Kugelbäuche der Wilden, selten einen Patienten zum Arzt und haben für den praktizierenden Arzt und Chirurgen meist keine Bedeutung. Hingewiesen werden soll an dieser Stelle noch auf die steil abfallenden Schultern, die man bei recht kräftigen Negern zu sehen bekommt, und daher als Rassemerkmal, nicht als Gewebsschwäche aufzufassen sind.

IV. Organchirurgie.

Ueber Schädeloperationen finden sich nur einzelne Berichte, die vermuten lassen, daß z. B. Hirntumoren überall vorkommen, jedoch nur selten zur Operation gelangen, und wir können wohl sagen, daß das häufigere Bekanntwerden dieser Erkrankung auf der besseren Diagnostik und besseren Operationstechnik beruht. Im Vergleich zwischen dem fernen Osten und unseren Ländern fand Härtel, daß die Trigeminusneuralgie die Japaner genau so oft befällt wie z. B.

die Europäer. Interessant dürfte sein, daß Kurt Klare beim Vergleich der in Europa lebenden Rassen feststellt, daß die ostische (alpine) Rasse sehr häufig vom Kropf befallen werde und zu der Frage Stellung nimmt, ob dieses durch peristatische Einflüsse bedingt sei. Hildebrandt sieht als Ursache der Kropfbildung das Mischlingstum an sich an. Er glaubt der östlichen Einmischung im Sinne turmänischen oder mongolischen Blutes eine gewisse Rolle zusprechen zu müssen. Auch Klare sieht als Grund die östliche Einmischung an, da sonst nach seiner Ansicht in Norddeutschland der Kropf weiter verbreitet sein müsse. Nicht auszuschalten dürften hier die Untersuchungen Aschoffs sein, der nachweisen konnte, daß in Gebirgsgegenden durch Jodmangel im Wasser Kropf bedingt ist. Clendon fand den Kropf in Japan ebenfalls in den Gebirgsgegenden. Pfister traf in dem Gebirgsland Yünan (China) so häufig Kropf an, daß nach seinen Angaben 80 % der dortigen Bevölkerung daran leidet. Frauen fand er noch häufiger davon befallen als Männer, dahingegen zeichneten sich diese durch besonders große Tumoren aus. Trotz der oft recht großen Kröpfe wurden die Leute davon anscheinend nur wenig behindert.

Dr. Suat-Fuat, Istambul (Türkei) beantwortet die Fragen auswärtiger Kollegen dahin, daß Lungenabscesse in der Türkei sehr häufig sind. Sie werden meist chronisch, sind zu operativer Behandlung sehr geeignet und verhältnismäßig gutartig.

Interessant ist die Ausführung von G. Wittenberg, daß in Palästina trotz der häufigen Tierinfektion mit Echinokokken (dort wird bald 20 % der herrenlosen Hunde davon befallen), nur selten Infektion bei Menschen vorkommt; während im benachbarten Syrien viel häufiger Menscheninfektionen angetroffen werden.

Ob der Grund dafür allerdings in der Rassedisposition zu suchen ist, ist bei der Art der Infektion zum mindesten sehr unwahrscheinlich? Bonaba berichtet aus Montevideo allein von 194 Lungenechinokokken bei Kindern, dem 436 Lebercysten gegenüberstehen. In 36 Fällen waren Leber und Lunge

befallen. Er legt in seiner Arbeit die Schwierigkeit der Differenzierung gegenüber der Lungentuberkulose dar. Auch Manlet erklärt, daß Echinokokken in Argentinien und Syrien häufig seien. Gehirnechinokokken scheinen allerdings zu den Raritäten zu gehören, da er bei der Häufigkeit der Infektionen nur einen einzigen Fall von Gehirnaffektion sah. Wir sehen bei uns diese Erkrankung selten, wohingegen sie im nahen Spanien (nach v. Haberer, Colleg Düsseldorf) zur Tagesordnung der Operateure gehört und den dortigen Bauchchirurgen eine geläufige Operation ist. Man könnte annehmen, daß diese fast über die ganze Welt verbreitete Erkrankung nicht von der Rassedisposition abhänge, sondern einzig und allein ein Gradmesser der Hygiene sei. Auffallend ist dagegen die Beobachtung (Härtel persönliche Mitteilung), daß in Japan Echinokokken nicht beobachtet wurden.

Bei der Ileusfrage interessiert es zu erfahren, daß F. K. Boland aus Atlamba mitteilt, daß er bei der Gegenüberstellung von je 50 000 Weißen und je 50 000 Negern 154 mal acuten Ileus bei Weißen gegenüber 347 mal bei Negern sah, wovon 64 Weiße an Strang ileus litten und bei 155 Farbigen Hernien schuld waren.

Am widersprechendsten in der Literatur sind die Berichte über Appendicitis. Hier gilt wie bei keiner anderen Erkrankung der Grundsatz, daß man nur berücksichtigen darf, was wirklich gesehen worden ist. Die Berichte über negative Ergebnisse werden allzu oft von neueren Tatsachen überholt. Operationseinstellung und Ruf des Operateurs, dazu schlechte ärztliche Versorgung einzelner Landesstriche, führen oft zu überraschenden Ergebnissen. Bei ihrer eingehendsten Zusammenstellung über Appendicitis in exotischen Ländern konnte Elsa Uhlendorf (Tübingen) zeigen, welche widersprechenden Aufzeichnungen aus den verschiednen Teilen eines Landes existieren. Trotz der geringen Erfahrung, die man bei der Abneigung der Chinesen zur Operation hat, muß man zu der Ansicht kommen, daß in China die Appendicitis ebenso häufig ist wie in Amerika. Die meisten Au-

toren aus China 174 sprechen für Seltenheit, jedoch 14 zuverlässige für Häufigkeit. Ueber die Einstellung der Chinesen zu europäischen Aerzten ist genügend bekannt. Und, wenn auch die Sektionsausbeute nur gering ist, sie gibt reichlich zu denken. Aus Indien berichtet Smith, daß auf Sumatra die Amöben ebenso häufig Appendicitis wie Lungenabscesse machen. In Indien selbst gelangten trotz Operationsbereitschaft der Bevölkerung nur wenige Fälle zur Operation. Aus der Südsee berichtet Bonn über Todesfälle durch Appendicitis bei jungen Mädchen und überhaupt bei Frauen und sieht den Grund darin, daß das weibliche Geschlecht aus Scham den Stuhl bis zum Einbruch der Dunkelheit anhält. Bei den nur wenigen Fällen in Kleinasien gibt der maligne Verlauf zu denken. Aus Afrika berichtet Karl Schweizer, daß, wenn auch der Neger contra operationem eingestellt sei, Appendicitis scheinbar doch relativ selten sei. Herbert Clark erwähnt, daß die Amöben- und Wurmerkrankungen in Mittel- und Südamerika häufig Entfacher der Appendicitis seien. Anscheinend gibt es in Afrika und Kleinasien weniger Blinddarmerkrankungen als bei uns. Aus der Türkei berichtet Mim Kemal, daß, nachdem einige prominente Personen der Appendicitis erlegen sein sollen, sich die Fälle dieser Erkrankung auffallend mehren. In Japan fand Härtel im Vergleich zu Deutschland die gleiche Erkrankungsziffer. Burdette steht auf dem Standpunkt, daß bei Amerikanern, Engländern, Japanern, Chinesen und Malaien kein Unterschied im Befallenwerden des Blinddarms zu finden ist. Er betont, daß es nur die Europäer sind, die eher zum Arzt gingen. Wir dürfen uns wohl Elsa Uhlendorf anschließen, die auf dem Standpunkt steht, daß es auch überall reichlich Appendicitis gibt, und daß man die sehr vagen Statistiken kritisch zu betrachten hat.

In der Tropenmedizin spielt für den Chirurgen die Elephantiasis eine wichtige Rolle. Dagegen ist nach Buschan Prostatahypertrophie selten zu beobachten, was nach dem eingangs über das Lebensalter der Neger Gesagten sehr verständlich erscheint, wenn die Lebensdauer der Neger meist nur 50 Jahre beträgt. Edwin Pfister beobachtete in

Aegypten häufig Hydrocelen, die bei der dort in gehäuften Maße sich zeigenden Orchitis und Epidydimitis als Folgeerscheinung dieser Leiden auftritt. Er vermutet als Aetiologie Billharzia, und es gelang ihm zweimal Billharziaeier in der Hydrocelenflüssigkeit nachzuweisen.

Eine beachtliche Bedeutung nehmen die Steinleiden anderer Völker ein. Die Zahl der an Blasensteinleiden Erkrankten überragt die der bei uns davon befallenen Patienten um weites. Pflomm fiel in China auf, daß vor allen Dingen Bauern und Kulis von ihnen befallen seien. Goodale und Krischner fanden sehr häufig in Aegypten, Persien und in Irak Nieren- und Blasensteine und werfen die Frage auf, ob für dieses gehäufte Vorkommen evtl. Billharzia-Infektionen verantwortlich sind. Van Twist Duymon fand, daß in Java von 461 Patienten, die sich wegen Steinleiden in Behandlung begaben, 450 an Blasensteinen litten.

Dr. E. Birt, Tung Chi Universität Shanghai, berichtet über dort häufig gesehene gutartige Darmstrikturen, deren Aetiologie Gonorrhoe, Lues und Dysenterie sind.

Aufschlußreiche Hinweise über die Abhängigkeit orthopädischer Leiden von der Rasse hat uns die Erforschung der angeborenen Hüftgelenksluxation gebracht. In der Münchner Klinik bemerkte man, daß dieses Leiden in verschiedenen Gegenden gehäuft vorkam (Niederbayern, Oberpfalz und Franken). Man stellte Stammbäume auf, die auch bei den Erkrankungsfällen in den Münchner Familien meistens in diese Gegend führten. Die Arbeiten Isigkeits 1928 über Sachsen, und Valentin's über Hannover und Osnabrück bewiesen mit ihren aufgestellten Stammbäumen, daß es sich bei den angeborenen Hüftluxationen nicht um zufällig äußerlich bedingte Leiden, sondern um recessive Erbanlagen handelte. In den verschiedensten Gegenden Europas finden wir sog. „Hüftgelenksluxationsnester". Die Gegenden, in die die Stammbäume der angeborenen Hüftgelenksluxation führen, liegen nun merkwürdigerweise immer da, wo stärkere Rassenmischung stattgefunden hat. (Tirol, Oberitalien, Frankreich, Britanien, Holland [Amsterdam]). In Bayern fin-

den wir sie an der Grenze zwischen Bayern, Franken und Sachsen. In Norwegen trifft man sie im Norden an. So berichtet Bryn, daß in Finnmarken die Hüftgelenksluxation vor allem unter der Mischbevölkerung zu finden ist, die sich aus einer Kreuzung zwischen Norwegern und Lappländern zusammensetzt. In der Mischbevölkerung Chinas soll sie seltener beobachtet werden. Unter den Negern soll es merkwürdigerweise keine congenitale Hüftgelenksluxation geben (Lange).

V. Die Abstammung weltbekannter Chirurgen.

Welche Chirurgen haben die Welt-Chirurgie bedeutend gefördert? Welcher Rasse und welchem Volke haben sie angehört? Leider ist es uns heute durch die bisherige literarische Einstellung nicht möglich, über die genaue Abstammung der einzelnen Leute zu berichten. Dies wird Jahre engster Forschung bedürfen, bis wir in unseren Handbüchern neben Geburtsort und Stammland auch die Herkunft der Familienabstammung setzen können. Bis dahin müssen wir den Geburtsort für die Abstammung verwerten und uns mit kleineren Abweichungen zufrieden geben. Am schlechtesten schneiden bei dieser Betrachtung die dunklen Rassen ab. Auch die Chinesen und die sonst wissenschaftlich regen Japaner haben bisher keine uns bekannten Chirurgen geliefert. Ebenfalls kann die jüdische Rasse, die mit unserem Volke bis jetzt unter gleichen Bedingungen lebte, keinen weltberühmten Chirurgen aufweisen.

Aus den Ländern östlich unseres Vaterlandes kennen wir Nikolaus Ivanovitsch Pirogoff, der am 10. IX. 1810 in Moskau geboren wurde.

Bis heute werden noch Leistenhernien, wenn auch in Modifikation, nach der Methode des Italieners Bassini operiert.

Eine große Bedeutung für die Chirurgie erlangte die französische Chirurgenschule. Dupuytren (Hotel Dieu) Larrey, der Leibarzt Napoleons, Malgaigne und Paré haben sich auch in anderen Ländern einen unvergänglichen Namen gemacht. 4

Aus England stammt Lord Joseph Lister, Sir James Paget und der Amerikaner Warrell William Mayo mit seinen Söhnen.

Mayo wurde am 31. V. 1819 in Manchester geboren. Er hatte Chemie studiert und brachte die Bauchchirurgie nach Amerika.

Interessant ist der Vergleich der Geburtsorte unserer zahlreichen weltberühmten deutschen Chirurgen:

Heinrich Adolf Bardeleben wurde am 1. III. 1819 in Frankfurt a. O. geboren.

Ernst v. Bergmann wurde am 16. XII. 1836 in Riga, Livland geboren.

August Bier wurde am 24. XI. 1861 in Helsen-Waldeck geboren.

Christian Theodor Billroth wurde am 28. IV. 1829 in Rügen geboren.

Heinrich Braun wurde am 1. I. 1862 in Rawitsch-Preuss. Posen geboren.

Victor v. Bruns wurde am 9. VIII. 1812 in Helmstedt/Braunschweig geboren.

Johann Friedrich Dieffenbach wurde am 1. II. 1792 in Königsberg/Preußen geboren.

Johann Friedrich August v. Esmarch wurde am 9. I. 1823 in Tönning / Schl.-Holstein geboren.

Franz König wurde am 10. II. 1832 in Rothenburg (Hessen) geboren.

Hermann Kümmel wurde am 22. V. 1852 in Corbach/Hessen-Nassau geboren.

Bernhard Rudolf Konrad v. Langenfeld wurde am 9. XI. 1810 in Padingbüttel geboren.

Paracelsus Aureolus Theophrastus Bombastus v. Hohenstein wurde am 10. XI. 1843 in Einsiedel (Schweiz) geboren, er entstammt einem schwäbischen Adelsgeschlecht.

Ludwig Rehn wurde am 13. IV. 1849 in Altendorf a. d. Werra geboren.

Ferdinand Sauerbruch wurde am 3. VII. 1875 in Barmen geboren.

Aus der Schweiz stammen Carré, am 12. VII. 1857 in Raggatz geboren und Ernst Theodor Kocher, am 25. VIII. 1841 in Bern geboren.

Die meisten berühmten Chirurgen stammen aus Deutschland und die größte Anzahl unter ihnen aus den nördlichen Teilen unseres Vaterlandes.

Herr Prof. Härtel hat als erster die Frage nach der Herkunft unserer Chirurgen aufgeworfen. Ich danke Ihm für die Ueberlassung des Themas zur vorliegenden Arbeit.

Literaturverzeichnis.

Aschner und Engelmann Konstitutionspathologie in der Orthopädie, Verlag J. Springer, Berlin 1928.

Bergel J. Die Medizin der Talmudisten, Verlag W. Friedrich, Leipzig 1889.

Birt E. Shanghai. Gutartige Stricturen des Rectums, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 33, S. 1.

Biographisches Lexikon der hervorragendsten Aerzte aller Zeiten und Völker, Herausgeber Prof. August Hirsch, Verlag Urban & Schwarzenberg.

Bochenheimer Einiges über Behandlung chirurgischer Krankheiten in Asien, Arch. f. klin. Chir., Bd. 1, 1909.

Boland F. K. (Atlamba) Acute intestinal Obstriction in the negro, ref. Ztschrft. f. Chr. Nr. 37, S. 1623, 1934,

Bonaba J. (Montevideo) Pathologie et clinique de Kyste Hydatique du prunion chez l'enfant, ref. Zentralbl. f. Chir. 1932, Bd. 17, S. 1074.

Breitländer K. (Canton Südchina) Häufigkeit und Schwere der Appendicitis bei den Chinesen, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene.

Breitner B. Die Bluttransfusion, Verlag Springer, Wien 1926.

Buschan Georg Zur Pathologie der Neger, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene.

Clendon Mc. Der Kropf in Japan, Münch. med. W. Nr. 23, S. 901, 1935.

Dabbert H. (Addis Abeba Abessinien) Ueber Somali, Dtsch. med. W., Nr. 40, S. 1521, 1934.

v' Dall-Armi Brief aus Niederländisch-Indien, Münch. med. W. 1933, Nr. 32, S. 1257.

Diepgen Paul Die antike Heilkunde und ihre Bedeutung für die Weltmedizin, Münch. med. W. 1934, Nr. 37, S. 1431.

Dormans Ernst (Canton China) China, Münch. med. W. 1929, Nr. 13.

Fischer O. (Tübingen) Ueber die Sitten ostafrikanischer Stämme in ihrer medizinischen Bedeutung.

Fischer O. (Tübingen) Studien zur Pathologie und Epidemiologie Ostafrikas, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene 1929.

Fischer Walter Der Einfluß der Rasse in der Pathologie, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene 1925, Festschrift d. Hamburgischen Instituts f. Schiffs- und Tropenhygiene.

Fuat-Suat (Istambul) Brief aus der Türkei, Dtsch. med. W. 1935,

Goodale Raymond und Krischner Harald, Path. Institut Americ. Univers. Beirut, Brief aus Syrien, Münch. med. W.

Goebel Karl (Breslau) Was lehrt die vergleichende Länderpathologie, besonders bei Pathologie der Tropen über Vorkommen, Zunahme und Aethiologie des Carcinoms, Zentrlbl. f. Chir. 1931, Nr. 41, S. 2564.

Goebel Karl (Breslau) Die malignen Tumoren in warmen Ländern, Dtsche. med. W. 1929, Nr. 46.

Grantham-Hill (Khartoum) Anasthesia in tropical surgery, Zentrlbl. f. Chir. 1933, Nr. 43, S. 295.

Gros H. Reberal Algier Tumeur fibrineuse du pavillon de l'oreille, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 10, S. 179.

Gryzwa Norbert (Sumatra) Offener Gipsverband, Ztrlbl. f. Chir. 1931, Bd. 49, S. 3061.

Gryzwa Norbert (Sumatra) Zur Chirurgie der Frambösie, Ztrlbl. f. Chir. 1932, Bd. 29, S. 1740.

Gryzwa Norbert (Sumatra) Narkosehandgriffe und Avertin und Evipannarkose in den Tropen, Ztrbl. f. Chir. 1934, Bd. 29.

Härtel Fritz F. (Berlin) Die in Großjapan lebenden Menschenrassen nach ihrer biologischen Einstellung, Nova Acta Leopoldina.

Härtel Fritz F. (Berlin) Einfluß der Rasse und Lebensweise der Japaner auf ihre Krankheiten, Klin. Wochenschrft. 4. April 1931.

Härtel Fritz F. (Berlin) Ueber Vorkommen, Verlauf und Behandlung der chirurgischen und Lungentuberkulose in Japan nebst Erfahrungen über Ponndorf und AO. Dtsch. Ztschrft. f. Chir. B. 234,

v. Haberer Hans Geographischer und sozialer Einfluß bei verschiedenen Erkrankungen, Vortrag in d. dtsch. Gesellschaft f. Chir. Arch. f. klin. Chir. 1929, S. 307.

Hänsel (Tsingtau) Konstitution und Tuberkulose unter den Chinesen, aus dem Dr. Wunsch Hospital der Ostasien Mission in Tsingtau, Verlag Engler St. Gallen.

Heine J. (Shanghai) Ueber Appendicitis bei Chinesen, Arch f. Schiffs- und Tropenhygiene 1930, Beiheft I.

Kemal Mim (Istambul) Appendicitisfrage in der Türkei, Dtsche. med. W. 1934, Bd. 14, S. 504.

Klare Kurt (Scheidegg) Rasse und Krankheit, Münch. med. W. Jubiläumsausgabe.

Külz L. (Kamerun) Beitrag zur Geschwulstbildung westafrikanischer Neger, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene 1910, Nr. 14, S. 689.

Külz L. (Kamerun) Zur allgemeinen Biologie des Nachwuchses der kolonialen Naturvölker, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Beiheft 1919.

Kuhl W. Operative Tätigkeit im ehemaligen Deutsch-Ostafrika, Dtsche. med. W. 1935, Bd. 38, S. 1124.

Lange Max Erbbiologie der angeborenen Körperfehler, Verlag: Ferdinand Enke Stuttgart 1935.

Liang Backiang (Shanghai) Blutgruppenstudien im Canton Shanghai, Münch. med. W. 1935, Bd. 29, S. 1466.

Malet J. (Montevideo) Considerations anatomo-Pathologiques sur un das de Kyste Hydatique du cerveau, Ztrlbl. f. Chir. 1932, Bd. 10, S. 530.

Martin B. (Canton China) Evipan-Natriumnarkose bei den Südchinesen, Ztrlbl. f. Chr. Bd. 48, 1934.

Martin C. (Berlin) Die Krankheiten im südlichen Chile, Verlag Hirschwald Berlin 1885.

Martin C. (Berlin) Symmetrische Handrückenlipome, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 10.

Mehlin Hans Ueber Narkose in den Tropen, Münch. med. W. 1931, S. 1838.

Narat Joseph (Chikago Bericht aus den Vereinigten Staaten, Ztrlbl. f. Chr. 1935. Bd. 5. S. 65.

Pfister Edwin Ueber Hydrocele des Aegypters, Berliner klin. W. 1904, Bd. 38, ref. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene.

Pfister Maximilian (Hongkong) Brief aus China, Münch. med. W. 1932, Bd. 29, S. 1163.

Pflomm Erich Chirurgische Erfahrungen aus Süd-China, Münch. med. W., 1934, Nr. 39, S. 1500.

Radloff Ueber Gundu in Deutsch-Ostafrika, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygenie 1905, Bd. 12.

Romich Siegfried Konstitution und Orthopädie, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1929.

Sauerbruch Ferdinand (Berlin) Chirurgie der Brustorgane, Verlag Springer, Berlin.

Shiota H. (Tokio) Todesursache, Diagnose und Behandlung des Darmverschlusses, Verhandlung der jap. chir. Gesellschaft, 34. Jahresversammlung zu Kioto April 1933, ref. Ztrlbl. f. Chir., S. 686, 1935.

Stadler und Lautenberg Ueber Narkose in den Tropen, Münch. med. W. 1931, S. 678.

Steiner L. (Java Surabay) Ueber multiple harte fibrinöse Geschwülste. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 13, S. 461.

Steiner L. (Java Surabay) Ueber multiple harte fibröse Geschwülste bei den Malaien, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene 1904, Bd. 8. Heft 4, S. 157.

Sutherland Kangroid des Penis bei einem Hindu, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 14, S. 691.

Thomsen Oluf Ueber den Wert der von Furuhata und seinen Mitarbeitern aufgestellten „neuen Hypothese" betreffend die Erblichkeitsverhältnisse der menschlichen Blutgruppen, Münch. med. W., Nr. 45, S. 1921.

Uhlendorf Elsa (Tübingen) Ueber Appendicitis in exotischen Ländern, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 29, Heft 13, S. 105.

Wittenberg G. (Jerusalem) Zur Kenntnis u. Verbreitung von Echinokokkus und Trichinen in Palästina, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 37, Heft 1, S. 37.

Ziemann H. Zur Kasuistik der Geschwulstbildung bei den Negern Kameruns, Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 14, Heft 3, Bd. 25, S. 29.

Lebenslauf.

Als Sohn des Kaufmanns Heinrich Kuntze und seiner Ehefrau Wilhelmine geb. Habs wurde ich am 1. VII. 1906 in Essen-Altenessen geboren. Ich bin evangelischer Konfession und arischer Abstammung. Ich besuchte das humanistische Gymnasium am Burgplatz in Essen, wo ich Ostern 1927 meine Reifeprüfung bestand. Ich studierte Medizin in Wien, Bonn, Münster und Düsseldorf. Herbst 1929 bestand ich in Bonn mein Physikum und am 13. XII. 1932 das Staatsexamen in Düsseldorf.

Vom Dezember 1932 bis April 1933 war ich als Medizinalpraktikant auf der chirurgischen Abteilung der Huyssen's Stiftung in Essen und bis zum Schluß meiner Praktikantenzeit auf der inneren und chirurgischen Abteilung der Städt. Krankenanstalt in Remscheid tätig.

Vom 1. II. 1934 bis November 1934 war ich als Volontärassistent an der städt. Frauenklinik in Duisburg angestellt.

Von November 1934 bis Februar 1935 war ich als Landvertreter tätig.

Vom Februar 1935 bis April 1935 arbeitete ich als Schularzt bei der Stadt Berlin.

Seit dem 1. April 1935 bin ich Assistenzarzt der chir.-gynäkologischen Abteilung des Kaiserin Augusta Viktoria Krankenhauses Berlin-Rummelsburg.

———